

## Ficha Solicitud de empleo

### DATOS PERSONALES

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil: Casado(a)\_\_\_ Unido(a)\_\_\_ Soltero(a)\_\_\_ Viudo(a)\_\_\_ Divorciado(a)\_\_\_ Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

Nº de hijos: \_\_\_\_\_ Edades de hijos: \_\_\_\_\_ Hijos a su cargo: \_\_\_\_\_ Otras personas a su cargo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### ESPOSO(A):

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

### EDUCACION Y FORMACIÓN PROFESIONAL

**Primaria:**  Si  No Fecha inició: año \_\_\_\_\_ Fecha terminó: año \_\_\_\_\_

Nombre institucion: \_\_\_\_\_

**Secundaria:**  Si  No Fecha inició: año \_\_\_\_\_ Fecha terminó: año \_\_\_\_\_

Nombre institucion: \_\_\_\_\_

**Técnico:**  Si  No Fecha inició: año \_\_\_\_\_ Fecha terminó: año \_\_\_\_\_

Nombre institucion: \_\_\_\_\_

Título obtenido: \_\_\_\_\_

**Universitaria:**  Si  No Fecha inició: año \_\_\_\_\_ Fecha terminó: año \_\_\_\_\_

Nombre institucion: \_\_\_\_\_

Título obtenido: \_\_\_\_\_



### Ficha Solicitud de empleo



**Especialidad:**  Si  No

Fecha inició: año \_\_\_\_\_ Fecha terminó: año \_\_\_\_\_

Nombre institucion: \_\_\_\_\_

Titulo obtenido: \_\_\_\_\_

**Otros cursos o talleres realizados**

Curso o Taller: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Curso o Taller: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Curso o Taller: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Estudia actualmente?  Si  No Horario: \_\_\_\_\_

Nombre institucion: \_\_\_\_\_

Curso o Carrera: \_\_\_\_\_

**Idiomas (Marque casilla que corresponde)**

	Nivel Superior	Nivel Medio	Nivel Básico	No domina
Inglés				
Frances				
Otro				

**Computación. (Marque casilla que corresponde)**

	Nivel Superior	Nivel Medio	Nivel Básico	No domina
Word				
Excel				
PowerPoint				
Outlook				
Access				
Internet				
Otros				

**Competencias personales:**

---



---



---



---

**ANTECEDENTES LABORALES**

Detalle su trayectoria profesional en empresas anteriores iniciando con la más reciente:

**Experiencia 1:**



### Ficha Solicitud de empleo

Empresa y localidad: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Fecha ingreso / fecha cese: \_\_\_\_\_

Funciones: \_\_\_\_\_

Motivo de la baja: \_\_\_\_\_

#### Experiencia 2:

Empresa y localidad: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_ Fecha ingreso / fecha cese: \_\_\_\_\_

Funciones: \_\_\_\_\_

Motivo de la baja: \_\_\_\_\_

Indique el último salario percibido: \_\_\_\_\_

Situación actual:  Activo  Desempleo

Indique un estimado de su expectativa de salario \_\_\_\_\_

#### INFORMACION DE SALUD

¿Padece actualmente de algún tipo de enfermedad?  Si  No Cual \_\_\_\_\_

Ha recibido algún tipo de tratamiento o ha sido informado que padece de lo siguiente:

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| Alergias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  | Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No      | Bronquitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No     | Bronconeumonía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    |
| Neumonía <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  | Sinusitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   | Osteoporosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No      |
| Rinitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   | Infarto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   | Preinfarto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No     | Angina de pecho <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   |
| Hepatitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Artritis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  | Depresión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No      | Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Gripe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No     | Tumores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   | Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   |
| Jaquecas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  | Cáncer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    | Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No       | Alta/Baja presión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Epilepsia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No      | Hernia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No         | Columna Vertebral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Otra <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No      | Cual: _____   |  |   |

Si respondió afirmativamente en alguno del listado favor especifique su padecimiento: \_\_\_\_\_

Que medicamento toma \_\_\_\_\_

Si es Mujer, esta usted embarazada  Si  No

En caso de emergencia, comunicarse con: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_



FUNDACION DESARROLLO, EDUCACION Y VALORES - FUNDEV  
RNC 430145947

Centro Cristiano de Enseñanza  
"Jesucristo, el Camino a la Excelencia"



## Ficha Solicitud de empleo

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### OTROS DATOS

Licencia de conducir:  Si  No Categoría: \_\_\_\_\_ Vehículo propio:  Si  No

Disponibilidad para movilidad geográfica:  Nacional  Extranjero  No disponible.

¿Cuáles son sus intereses culturales, deportivos, aficiones, etc.? Indique cuál o cuáles:

---

---

¿Pertenece a alguna asociación, club, iglesia, etc.? Indique cuál o cuáles

---

---

Tipo y características del puesto de trabajo que podría interesarle. ¿Por qué?:

---

---

Disponibilidad horaria:

4 Horas diarias      5 Horas diarias      6 Horas diarias      7 Horas diarias      8 Horas diarias

Días disponibles \_\_\_\_\_

Plazo posible de incorporación (Indique el plazo aproximado en que podría incorporarse al puesto):

---

Algún otro dato que considere de interés:

---

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

#### Nota:

Adjuntar: Curriculum, foto 2 x 2, carta de recomendación y/o certificación de No Antecedentes Penales, certificado médico, copia de cédula de ambos lados y/o Pasaporte o residencia

Declaro que todos los datos que he suministrado en esta solicitud son verdaderos y les autorizo para que sean verificados. En caso de ser empleado tengo entendido que cualquier información falsa que hubiere podido dar en mi solicitud o entrevista es causa de terminación de la relación de trabajo. También entiendo que debo cumplir con todas las reglas y normas de la Congregación Cristiana Inc.